

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1913-1914. — N° 38

*Travail de la Clinique des maladies cutanées et vénériennes
de l'Antiquaille.*

SUR LE
TRAITEMENT du LUPUS

PAR LES

Scarifications avec Cautérisations immédiates au chlorure de zinc

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenne publiquement le 1^{er} décembre 1913

PAR

PIERRE ROLLAND

Ex-Interne à l'Asile départemental de Bourg (Ain)

Né à Romans (Drôme), le 15 Avril 1886

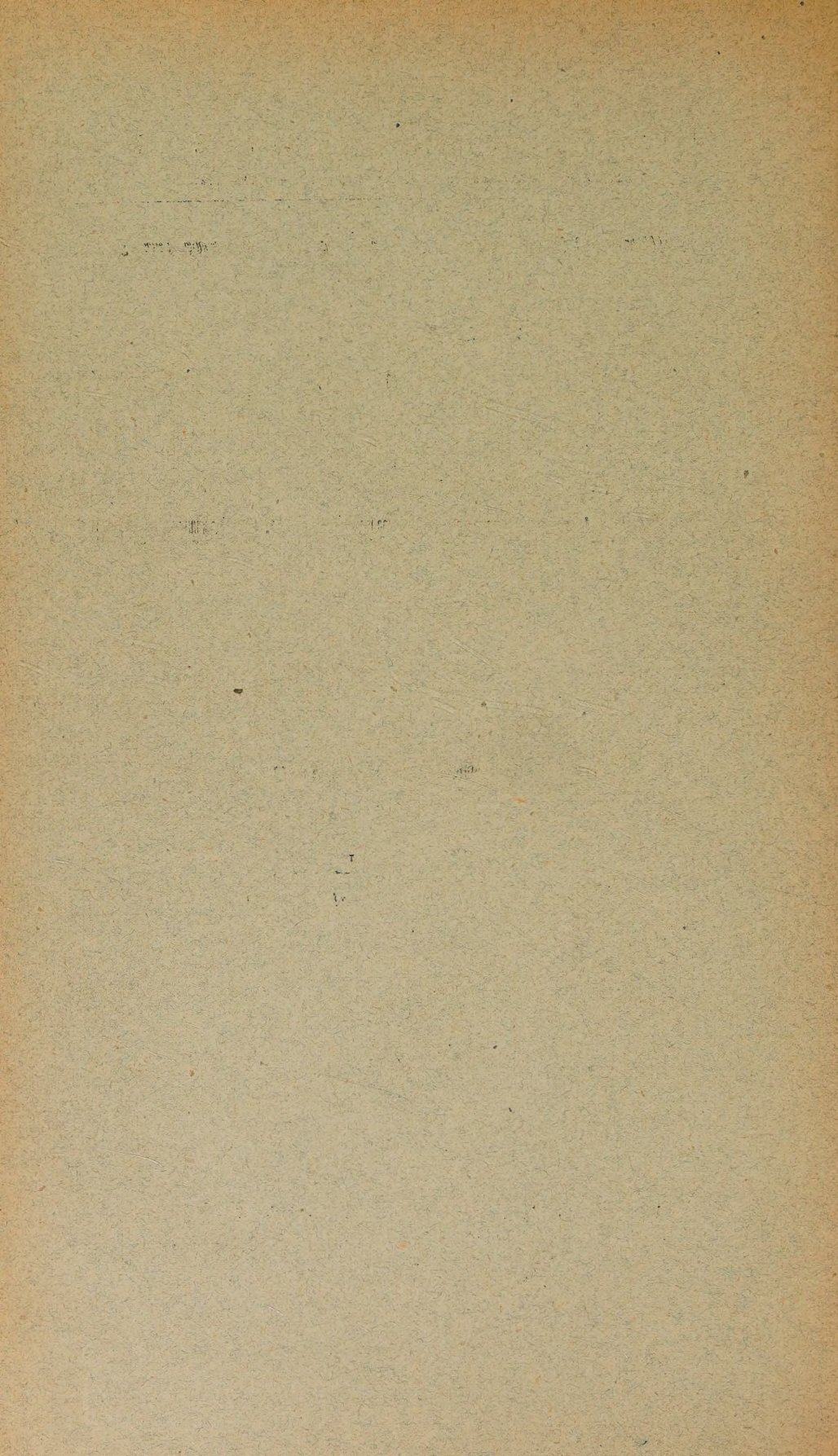


LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

14, rue Bellecordière, 14

1913





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552624_0031

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1913-1914. — N° 38

*Travail de la Clinique des maladies cutanées et vénériennes
de l'Antiquaille.*

SUR LE
TRAITEMENT du LUPUS

PAR LES

Scarifications avec Cautérisations immédiates au chlorure de zinc

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenne publiquement le 1^{er} décembre 1913

PAR

PIERRE ROLLAND

interne à l'Asile départemental de Bourg (Ain)

Né à Romans (Drôme), le 15 Avril 1886



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

14, rue Bellecordière, 14

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE,
LEPINE, PIERRET, BEAUVISAGE, LACASSAGNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.	}	BARD.
Clinique ophtalmologique.		X. . .
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	}	X. . .
Clinique des maladies mentales.		FABRE.
Clinique des maladies des enfants.	}	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.		NICOLAS.
Physique médicale.		LEPINE (J.).
Chimie médicale et pharmaceutique.		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.		POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique.		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		HUGOUNENQ.
Anatomie.		MOREL.
Anatomie générale et Histologie.		MOREAU.
Physiologie.		GUIART.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		RENAUT.
Anatomie pathologique.		MORAT.
Médecine opératoire.		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.		LESIEUR.
Médecine légale.		PAVIOT.
Hygiène.		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique.		COURMONT (P.).
Pharmacologie.		ETIENNE MARTIN.
		COURMONT (J.).
		PIC
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaires.	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.
Pathologie externe.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale.	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie.	GONDAMIN.	—
Chirurgie infantile.	NOVÉ-JOSSERAND	—
Accouchements.	COMMANDEUR,	—
Embryologie.	LATARJET.	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique.	BRETIN.	—
Chirurgie expérimentale.	VILLARD.	
Clinique infantile.	MOURIQUAND.	
Déontologie et médecine professionnelle.	X.	

AGREGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	LATARGET	MOURIQUAND	FROMENT
COMMANDEUR.	BRETIN	ARLOING (F.)	THEVENOT (Lucien)
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	GUILLEMAR	PIÉRY
LAROYENNE.	THEVENOT (Léon)	POLICARD	COTTE
VORON.	TAVERNIER.	GARIN	DUROUX
NOGIER.	CADE	SAVY	

M. BA YLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. NICOLAS, président; LANNOIS, assesseur;
MM. CADE et PIÉRY, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

*Je dédie ma thèse en témoignage
de mon souvenir pieux.*

A MON PÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR NICOLAS

A MES JUGES

AVANT-PROPOS

Sur le point de quitter l'Hôpital et la Faculté, il me plaît d'évoquer mes souvenirs d'enfant : souvenirs de mes premières pensées aux genoux d'une mère adorée, souvenirs de mes premières études classiques avec mon père, mon premier maître et mon premier ami.

Et, à parcourir, par la pensée, le cycle de ma vie d'adolescent, une émotion m'étreint faite de joie et de tristesse, de tristesse de ne pouvoir embrasser ma mère à l'entrée de ma vie d'homme, de joie d'adresser à mon père à qui je dois d'avoir fait mes études, l'hommage de mon affection et de ma reconnaissance.

MM. Nicolas et Moutot furent les inspireurs de ce travail.

Je remercie M. le professeur Nicolas du grand honneur qu'il me fait en présidant ma thèse, je me rappellerai toujours des leçons si claires et des cliniques magistrales du Maître.

J'ai eu recours aux conseils de M. le Chef de Clinique Moutot, en plusieurs circonstances, et je n'ai eu qu'à me louer de ses avis éclairés. Il m'a toujours accueilli avec bienveillance, je lui en exprime ici toute ma gratitude.

C'est dans le service de M. le professeur agrégé Tixier que j'ai commencé mon stage hospitalier; ses conférences au lit du malade et ses explications pratiques et bienveillantes à la salle d'opérations me furent un enseignement précieux.

J'ai suivi avec le plus grand intérêt les leçons magistrales de MM. les professeurs Teissier, Roque, et A. Polosson.

M. le professeur agrégé Voron a bien voulu, à plusieurs reprises, me permettre d'assister à ses consultations de la Maternité de l'Hôtel-Dieu. Je l'en remercie vivement.

M. le professeur agrégé Siraud voulut bien m'agréer comme assistant dans sa clinique des accidents du travail de l'hôpital St-Luc et m'initia à la pratique de la chirurgie d'urgence. Je lui adresse mes sincères remerciements et le prie de croire à ma reconnaissance.

Enfin, il m'est tout particulièrement agréable d'adresser à mon maître, M. le docteur Adam Directeur-médecin de l'asile St-Georges, à Bourg, l'hommage de mon affection et de ma reconnaissance.

Pendant mes trois années d'Internat à l'asile départemental de Bourg, il fut pour moi un maître très éclairé et très bienveillant à qui je dois le meilleur de mon éducation médicale.

A mes amis, les docteurs Forestier, Romanet, Roussignol, Goirand, Vautier, Frantz et Emile Adam, j'adresse mes vœux les plus affectueux, je conserverai le meilleur souvenir des heureuses années passées en leur compagnie dans une douce intimité de gaieté et de travail.

CHAPITRE I

Principes directeurs thérapeutiques

La thérapeutique du lupus dépend non seulement de la variété clinique de l'affection, mais encore du siège, de l'étendue, de la profondeur des lésions. Il nous semble légitime d'étudier maintenant ces différents facteurs qui peuvent faire varier le traitement, puis nous examinerons le processus de guérison qui nous indiquera quels sont les principes directeurs de la thérapeutique à suivre.

Le lupus tuberculeux. — Le mot lupus est compris de façon différente par les dermatologistes ; pour les anciens auteurs, il désigne toutes sortes de dartres rongeantes ; pour certains modernes, il serait synonyme de toutes les bacilloses cutanées. Nous avons surtout en vue ici le *lupus vulgaire* ou *lupus de Willan*, ou encore *lupus tuberculeux*, par opposition au *lupus erythémateux*, de Cazenave et au *lupus*

scléreux de Vidal, qui est presque identique à la tuberculose verruqueuse de Richl et Paltauf.

La lésion élémentaire est le *tubercule willanique*, nodule de 1 à 4 millimètres, profondément enchassé dans le derme. A travers l'épiderme lisse, mince, qui passe au-dessus de lui, il transparaît comme un grain arrondi d'un jaune rougeâtre ou brunâtre (sucre d'orge). Mais il n'est souvent visible qu'à la vitro-pression. Il évolue tantôt vers la fonte et l'ulcération (*lupus excedens*), tantôt vers la sclérose et la cicatrice (*lupus non excedens*).

Formes cliniques. — On a distingué les *lupus plans* et les *lupus élevés*.

a) *Lupus plan.* — Les tubercules se développent à une certaine distance (*lupus disséminé*), ou, au contraire, très près (*lupus agminé*) les uns des autres. Le *lupus plan non scléreux disséminé* est assez fréquent, le dessin tracé par ses éléments permet de le diviser en *linéaire*, *nummulaire*, *discoïde*, en *corymbe*, etc. On distingue des *lupus angiomateux*, *squameux*, *exfoliant*, *pityriasiforme* ou *psoriasiforme*.

Toutes ces formes sont assez rebelles aux traitements et sont moins faciles à traiter que les variétés, d'ailleurs assez rares, de *lupus plan ulcéreux*.

b) *Lupus élevé.* — Cette forme est saillante, extensive, le plus souvent ulcéreuse. L'élément primitif est un papulo-tubercule hémisphérique saillant de quelques millimètres. Selon le mode de groupe-

ment et l'aspect des éléments, on distingue le *lupus élevé, disséminé, exubérant, hypertrophique, myxomateux, télangiectasique*, etc.

L'aboutissant à peu près constant est l'ulcération, soit primitive (*lupus excedens primitif*), soit secondaire (*lupus excedens secondaire*). Dans le premier cas, on a fréquemment toute une série de minuscules abcès sous-dermiques, noyés dans une nappe inflammatoire : c'est le *lupus tuberculo-gommeux* à petits éléments de Besnier.

Parfois la surface ulcérée bourgeonne largement, comme c'est la règle dans le *lupus du nez (lupus végétant)*. D'autres fois les ulcérations au lieu de ne s'étendre qu'en surface gagnent en profondeur ; les tubercules se ramollissent en masse (*lupus tuberculo-gommeux* de Besnier), il en résulte des pertes de substance profondes, atteignant l'hypoderme et le squelette. L'extension *térébrante* n'exclut pas l'extension *serpigineuse* : elles se combinent et prennent une extrême rapidité dans ces *lupus vorax*, qui, parfois, en quelques semaines (*lupus phagédéniques*), détruisent tissu cellulaire, muscles, cartilages... Et nous verrons plus loin que c'est justement dans ces formes que la méthode de MM. Nicolas et Moutot fait merveille.

Siège. — La *face* est le siège le plus fréquent du *lupus*, on le rencontre surtout au nez (après envahissement primitif de la muqueuse nasale) ; plus rarement au front, aux joues, aux paupières à l'oreille ; fréquemment au cou et à la région sous-maxillaire.

Au point de vue thérapeutique, les dermatologistes classent à part les lupus de la face qui exigent une restauration esthétique, et ceux du tronc et des membres pour lesquels cette condition est moins indiquée. Les lupus des parties *découvertes* peuvent supporter des interventions brutales et rapides.

Evolution, processus de guérison. — La règle est que la marche du lupus soit très lente; elle se chiffre par 10, 15, 20 ans.

Le lupus (sa nature le fait prévoir) s'accroît par la périphérie, comme l'abcès tuberculeux. Il n'a aucune tendance à la guérison spontanée, et cette guérison se fait toujours, comme dans les autres tuberculoses, par un tissu de sclérose, un processus cicatriciel.

Règles thérapeutiques. — De ce qui précède l'on peut conclure :

1^o Tout traitement nécessite une extrême patience, une longue persévérance, aidées par la confiance du malade ;

2^o On doit imposer aux malades un traitement énergique des localisations muqueuses, sinon la récurrence est de règle ;

3^o Le lupus doit être traité jusqu'à guérison complète de tous les foyers.

4^o Tout lupique considéré comme guéri doit être longtemps surveillé, pour que la repullulation, toujours possible, soit arrêtée dès son début ;

5° Le traitement doit favoriser ou créer le processus cicatriciel de sclérose. Il doit également poursuivre la destruction du tissu lupique ou du bacille ;

6° Le traitement doit prévenir les infections secondaires (exception faite pour l'érésypèle léger, qui atténue les lésions, mais on ne sait pas encore suffisamment le manier) ;

7° Le traitement doit s'adresser également à l'état général du sujet.

Diagnostic. — Encore faut-il que ce traitement soit dirigé contre un lupus vrai. Or le diagnostic n'est pas toujours facile. Pour peu qu'on suive quelque temps un lupus la confusion avec l'impétigo, l'échtyma, le pityriasis, le psoriasis, les acnés, les folliculites, est impossible. L'actynomycose, les blastomycoses, la sporotrichose, le rhinosclérome, le bouton d'Orient, la lèpre, peuvent être assez facilement individualisés. En fait, c'est avec deux affections que se pose le diagnostic :

L'*épithéliome*, que son bourrelet dur, perlé, sur fond rouge, grenu, saignottant, ses douleurs spontanées, etc., rendent la plupart du temps facile à reconnaître (une biopsie fait le diagnostic), puis surtout la *syphilis*. On reconnaîtra cette dernière à ces caractères :

1° Localisations plus variées, sans prédilection pour les régions découvertes. Multiplication plus fréquente et dissémination plus grande ; lésions

muqueuses buccales et génitales, accompagnant des lésions cutanées éloignées.

2^o Erytématisation plus marquées ; augmentation en grains de plomb, carcination (grands arceaux, cercles incomplets). Tubercules plus saillants, plus secs, d'un rouge brun, brillant, cuivré, opaque, indolents à la pression, infiltration plus ferme. Ulcérations cratériformes, bords à pic. Limites plus nettes, la peau alentour est saine, à peine rosée.

3^o Marche rapide, se comptant par mois et non par années ; en quelques semaines, la syphilis fait de grands dégâts. Si certains placards durent des années, ils se modifient sans cesse, gagnant d'un côté, alors qu'ils guérissent de l'autre. Les cicatrices sont arrondies, belles, fines, pigmentées, on n'y observe pas de repullulation.

En cas de doute, on possède : le *traitement d'épreuve*, la *biopsie*, l'*inoculation au cobaye*, la *réaction de Wassermann*, la *cuti-réaction*. Dans plusieurs des observations de MM. Nicolas et Moutot, nous avons noté l'épreuve par le Salvarsan et par la *réaction de Wassermann*.

CHAPITRE II

Les traitements du lupus

Nous allons examiner très rapidement quelles sont les différentes méthodes de traitement du lupus.

Le parallèle entre la thérapeutique déjà en usage et le traitement par scarifications associées, aux cautérisations au chlorure de zinc mettra en lumière la supériorité de cette dernière méthode.

A côté du traitement général, on peut diviser les méthodes locales efficaces de thérapeutique du lupus en méthodes a) sanglantes, b) caustiques, c) photothérapie, d) radiothérapie.

TRAITEMENT GÉNÉRAL

On ne saurait négliger le traitement général. C'est d'ailleurs celui qui convient à toutes les tuberculoses locales : cure de repos, d'air, d'altitude. Cures marines ou hydro-minérales salines sulfosa-

lines ou sulfureuses, salines arsénicales. Huile de foie de morue créosotée ou non ; arsénicaux iodiques.

On avait fondé de grands espoirs sur la tuberculine. Dacier vante les injections de vieille tuberculine. La tuberculine nouvelle est un moyen infidèle, parfois dangereux, capable pourtant de procurer des améliorations. La question est encore à l'étude.

Quoiqu'il en soit de ces traitements anciens ou nouveaux, ils ne sauraient jamais suffire *aucun n'est apte à guérir à lui seul un lupus*. et on ne peut les considérer que comme des adjuvants du *traitement local*.

MÉTHODES SANGLANTES

L'extirpation au bistouri s'est montrée moins sûre et moins radicale qu'elle ne paraît, au point qu'elle était tombée dans un oubli peut-être excessif. Elle ne peut servir, à la face, que pour des lupus très peu étendus.

Le *raclage chirurgical* n'est pas à lui seul un mode suffisant de traitement du lupus ; c'est un bon moyen de débayer un lupus exubérant et infecté, un lupus végétant : il abrège simplement la durée du traitement.

Combiné aux cautérisations au chlorure de zinc à 1/5 il donne parfois des guérisons, mais les résultats esthétiques sont souvent médiocre.

Il sera au contraire employé avec succès comme traitement préparatoire à la méthode des scarifications avec cautérisation au chlorure de zinc.

Les *scarifications linéaires* sont accessibles aux praticiens isolés. Comme résultats esthétiques, en dehors de la photothérapie, aucun procédé ne leur sont comparables. Elles ont l'inconvénient de nécessiter un nombre considérable de séances ; elles exigent une patience à toute épreuve de la part du malade et de son médecin. Néanmoins les formes bourgeonnantes (lupus vorax) sont modifiées par elles avec une rapidité merveilleuse.

En résumé, méthode le plus souvent beaucoup trop lente, mais que les cautérisations peuvent rendre rapide.

MÉTHODES NON SANGLANTES

Mentionnons les injections hypodermiques locales de glycérine iodée, naphthol camphré, chlorure de zinc (méthode sclérogène de Lannelongue), etc., puis le *massage* (Unna) les *topiques non caustiques* (huile de foie de morue, gâïacol), pour nous arrêter aux caustiques chimiques.

Tous ont été essayés : les plus violents brutaux et aveugles ont été abandonnés (pâte de Vienne, de benjoin, etc..) On a préconisé : l'iode, le biiodure de mercure : le monochlorophénol, le phénol, l'acide lactique, la résorcine, la créosote, l'acide salicylique. la chrysarobine, l'acide pyogallique, le permanganate de potasse, etc., etc. Le nombre de ces médicaments dit assez leur inefficacité. Et un praticien qui possède un peu une seule des autres méthodes fera plus

pour la guérison d'un lupus que celui qui possède a fond sa matière médicale.

Tout cet arsenal a été abandonné par la cautérisation thermique. L'air surchauffé à 300° ou 400° donne des cicatrices souvent inesthétiques.

Un procédé beaucoup plus employé est celui de la *galvano-cautérisation*, réglée par Besnier. La méthode est plus longue et moins fidèle que celles des scarifications avec cautérisation au chlorure de zinc. Les cicatrices sont moins belles.

PHOTOTHÉRAPIE

La photothérapie, ou méthode de Finsen, apparaît comme le traitement le plus sérieux, le plus solide et le plus sûr, disent des auteurs, de la plupart des lupus inextirpables.

Schjowing, de Copenhague, construit un appareil de Frisen-Reyn pour une seule personne, lequel coûte environ 850 francs, nécessite une canalisation d'eau et un courant de 70 ampères et de 50 volts. Il faut, en outre, un personnel spécial et bien dressé.

Enfin, c'est un traitement fort long ; chaque séance durant environ une heure. Finsen compte en moyenne 59 séances pour un petit lupus, 108 pour un moyen, 173 pour un grand. Darier évalue à 200 ou 300 le nombre des séances nécessitées par un lupus de moyenne étendue.

Chaque séance, en effet, ne traite qu'un rond de 15 millimètres et le traitement principal doit couvrir toute la surface ; il exige, d'après Finsen, une

moyenne de quatre mois et demi de séances quotidiennes. Le malade revenant quinze jours après, on complète la cure par des traitements secondaires des points malades : soit en tout une moyenne de six mois, trop souvent dépassée en pratique.

RADIOTHÉRAPIE

Les rayons X n'ont actuellement fourni que des résultats inconstants, obtenus souvent au prix de radiodermites qui laissent des traces peu esthétiques.

Leur emploi prolongé semble favoriser le développement de l'épithéliome.

Les applications de *radium* n'ont pas donné jusqu'ici de résultats supérieurs ; l'emploi des *lampes à vapeur de mercure*.

Ces dernières années, on a également employé les cicatrisations à la neige carbonique. Méthode longue, infidèle, insuffisante, et encore à l'étude.

En résumé, toutes les méthodes précédentes, poussées à l'excès dès leur découverte, se sont révélées ou insuffisantes, ou très peu pratiques. « L'on en revient, disent MM. Nicolas et Moutot, aux traitements ayant déjà fait leur preuve, mais on les modifie, on les perfectionne, de façon à en obtenir le maximum de rendement ».

« C'est ainsi qu'à l'heure actuelle, nous utilisons, comme supérieure aux autres méthodes, et nous donnant les meilleurs résultats dans le plus grand

nombre de cas pour le traitement des lupus, la méthode des *scarifications avec cautérisation immédiate au chlorure de zinc au dixième* et à la teinture d'iode étendue ».

CHAPITRE III

Historique

Le traitement du *lupus* par la méthode sanglante n'est pas nouveau. Hippocrate et ses disciples pratiquaient des scarifications punctiformes multiples et incisaient avec les téguments avec l'extrémité tranchante de l'*atakyglis*.

Plus près de nous Fabrice d'Aquapendente conseille « Premièrement scarifier dru et menu ladite cicatrice, sans profonder par trop, puis mettre dessus un topique sarcotique en forme d'onguent... »

Dubriñi de Milan en 1862 invente un scarificateur à aiguilles.

En 1870, Wolkmann, de Halle, invente des cuillers tranchantes et préconise le raclage. Hebra et Aubert font suivre le raclage de cautérisations au nitrate d'argent

Balmano Squire, de Londres, recommande les curettages et surtout les scarifications faites avec

une aiguille à cataracte dont la tête est quatre fois plus grosse que la tête d'une aiguille ordinaire. Les scarifications doivent être distantes de 4 millimètres, et l'on change chaque fois de direction.

E. Vidal est le véritable technicien de la méthode des scarifications. Il supprime le curettage et n'emploie que les scarifications linéaires, parallèles, le plus rapprochées possibles, répétées jusqu'à l'arrêt de l'évolution. — La méthode des scarifications est dès lors bien précisée. — La cicatrice obtenue par scarifications linéaires est lisse, plane, peu déprimée et souple, au bout d'un temps plus ou moins long elle devient blanche. Elle donne au doigt la sensation d'un parchemin se laissant plisser. Cette cicatrice est de meilleur aspect que celle donnée par tous les autres modes, dit Lelongt (1877).

En 1896-1897, paraît la thèse de Legrand, qui expose le manuel opératoire de Besnier.

En 1900, Delattre, préconise le traitement du lupus en nodules isolés par les scarifications suivies de cautérisations immédiates au chlorure de zinc pur.

Lenglet, dans la *Pratique Dermatologique*, précise encore la technique des scarifications, magistralement décrite ensuite par Brocq dans son traité élémentaire de dermatologie pratique (1907). Mais il s'agit de scarifications simples, et seul Delattre applique systématiquement du chlorure de zinc sur les scarifications.

« Déjà Veiel, assistant de Wolkmann, doit être

considéré comme un précurseur, il divisait, par scarifications les lésions grattées avant de faire l'application d'un caustique, pour en favoriser la pénétration. Dans la suite, nombre d'auteurs ont conseillé l'emploi de diverses substances après les scarifications, solutions phéniquées, sublimé, nitrate d'argent, acide lactique alcool fort (Audry) ; à nous-mêmes avons employé pendant longtemps la teinture d'iode », écrivent MM. Nicolas et Moutot ; puis :

« Lannelongue, au cours de ses études sur la méthode sclérogène faisait déjà usage, avec des succès d'ailleurs seulement partiels et temporaires, d'injections hypodermiques locales de chlorure de zinc dans le traitement du lupus tuberculeux. D'autre part, la cautérisation au chlorure de zinc, après les grattages ou curettages, est conseillée dans les classiques. Mais l'emploi systématique de la méthode des scarifications associées aux cautérisations immédiates au chlorure de zinc, est loin d'avoir été précisée et l'on a pas suffisamment insisté sur tous les avantages que l'on peut en retirer par une bonne technique, sur la supériorité du procédé. Le chlorure de zinc appliqué à un titre trop élevé, à la façon de Delattre, entraîne une cautérisation trop brutale, une excharre avec cicatrice vicieuse. La méthode des scarifications perd alors son avantage de donner la guérison avec une cicatrice très belle. C'est pourquoi il nous a paru intéressant de faire connaître en détail notre technique personnelle » (MM. Nicolas et Moutot, So-

ciété de Dermatologie et Syphiligraphie. 3 juillet 1913).

L'on voit, par ce qui précède, que la technique préconisée par MM. Nicolas et Montot, constitue bien une méthode originale.

CHAPITRE IV

Technique

Nous arrivons à la partie la plus intéressante et la plus délicate de ce travail : quelle technique doit-on suivre ? Nous ne craignons pas de la décrire avec précision et une certaine minutie de détails. Les succès sont souvent dus à une faute de technique, et il faut exposer celle-ci assez complètement pour éviter toute erreur.

Nous envisagerons successivement :

- a) Les *scarifications*.
- b) L'*hémostase*.
- c) Les *cautérisations au chlorure de zinc*.
- d) Les *badigeonnages à la teinture d'iode*.
- e) La *durée de cicatrisation*.

A. — SCARIFICATION

La méthode consiste à couvrir les surfaces malades de petites incisions linéaires, parallèles entre elles, séparées les unes des autres par un intervalle qui varie suivant le cas d'un demi-millimètre à deux millimètres, dont la profondeur varie suivant la lésion, et dont la longueur varie également suivant les cas de deux à huit millimètres. On croise cette première couche d'incisions d'une deuxième couche, composée de coupures parallèles entre elles comme celles de la première couche et croisant ces dernières à angle aigu, de façon à fournir des losanges.

Instrumentation. — Pour pratiquer les scarifications, on se sert du petit instrument connu des dermatologistes sous le nom de scarificateur modèle E. Vidal. En voici la description sommaire :

Il se compose d'une lame de 22 à 24 millimètres de longueur environ, de deux millimètres et demi à 3 millimètres de large; la moitié inférieure est mousse et arrondie sur les bords; la moitié supérieure présente deux tranchants qui se rejoignent en formant une crête mousse sur chaque face; l'extrémité forme un triangle, dont les côtés se coupent au sommet sous un angle de 60 à 70 degrés de telle sorte que dans sa partie terminale, cet instrument peut agir comme un bistouri ou comme une aiguille, pour couper, ou pour dilacérer suivant le cas. En outre, grâce à sa petitesse, il permet d'exécuter ces diverses

manœuvres avec une extrême précision en des points fort limités.

Préparation du malade. — L'antisepsie de la région est très utile. Elle se fera aussi soigneuse que possible par des frictions répétées à l'alcool et à l'éther (1).

L'asepsie devra largement dépasser le champ opératoire. En attendant l'intervention, on laissera sur la région une compresse imbibée d'alcool-éther.

Inutile d'ajouter que l'asepsie des mains de l'opérateur et de l'instrument sont de rigueur.

Position du malade. — Besnier faisait coucher le malade sur un lit d'opération ; la région sur laquelle on agit était ainsi solidement fixée et l'on n'avait pas à lutter contre le patient. Ce nous paraît être le procédé de choix. On évite ainsi les syncopes et les mouvements désordonnés du malade.

Brocq trouve plus facile (plus de lumière, plus de sûreté de main), de faire asseoir le malade sur une chaise. On immobilise la région à scarifier. Le plus souvent, il s'agit de la tête : elle est solidement maintenue avec le bras gauche qui l'entoure et l'appuie fortement contre la poitrine de l'opérateur, avec les doigts de la main gauche, on tend soigneusement la peau de la région à scarifier, de telle sorte que les téguments ne puissent ni se rider, ni glisser sous l'instrument.

(1) Brocq avoue n'avoir jamais pris de semblables précautions, et n'avoir jamais eu à s'en repentir.

Anesthésie locale. — Ainsi que Brocq le recommande, il vaut mieux, toutes les fois qu'on le peut *opérer sans le secours de l'anesthésie locale*. Il faut en tout cas éviter les pulvérisations d'éther, du mélange de Richardson, ou de chlorure d'éthyle. Ces substances blanchissent et congèlent les téguments, tout en les rendant insensibles. Les tissus prennent une dureté très incommode pour la pratique des scarifications. Les téguments sont blancs et indurés ; on ne voit plus les points malades, on ne sait plus au juste où il faut agir, et l'on ne sent plus avec son instrument les différences de consistance qui existent entre les tissus sains et les tissus morbides.

Il y a d'autres inconvénients à l'anesthésie par congélation. Poussée un peu loin, elle détermine la formation de phlyctènes et d'escharres. De plus, quand la circulation se rétablit dans la région congelée, le malade éprouve de violentes douleurs, et l'hémorragie consécutive est souvent plus abondante que lorsqu'on n'a pas pratiqué la congélation, par suite de la vaso-dilatation. L'anesthésie par la cocaïne, la stovaïne ou la novocaïne n'a pas ces inconvénients. On peut y avoir recours en prenant les précautions d'usage. Mais elle est souvent d'une application peu pratique, surtout si les surfaces à scarifier sont un peu étendues.

Mode opératoire. — Il a été décrit de façon magistrale par Besnier, puis par Brocq :

« Pour opérer avec le scarificateur d'E. Vidal, on tient l'instrument délicatement à la main, comme

une *plume à écrire*, sans raideur, mais avec fermeté, sans trop le serrer entre les doigts. Les incisions doivent toujours être pratiquées *perpendiculairement* à la surface des téguments, de telle sorte que les tissus ne soient pas obliquement sectionnés. Lorsqu'on a terminé une première série d'incisions parallèles entre elles, on pratique une deuxième, parfois même une troisième série d'incisions parallèles, croisant les premières à angles plus ou moins aigus, variant de 20 à 35 degrés, de façon à former avec elles des losanges. La *profondeur* à laquelle doit pénétrer l'instrument, la *longueur* des incisions, la *distance* qui les sépare sont autant d'éléments qui dépendent de la variété du lupus, et même, de chaque cas particulier.

Profondeur. — C'est le plus souvent la consistance du tissu morbide qui indique la profondeur à laquelle on doit pénétrer. On sait que le tissu lueux est friable, mou, qu'il se laisse facilement dilacérer. Le scarificateur doit arriver jusqu'aux *dernières limites du mal*, et ressauter sur les parties saines en les épargnant le plus possibles. On comprend, dès lors, l'importance que peut avoir la façon de tenir l'instrument ; dans les mouvements qu'on lui imprime, ce sont surtout les doigts qui agissent, un peu le poignet, point du tout l'avant-bras, ni le bras. On possède ainsi toute la souplesse désirable, toute la sensibilité tactile nécessaire, et l'on peut laisser guider la pointe de l'instrument par

les sensations diverses de résistance données par les tissus.

Scarifications limitatives. — Quel doit être le siège des scarifications du début ? Le lupus s'accroît par la périphérie ; et c'est à la périphérie qu'il faut scarifier en premier lieu pour limiter l'extension du mal. Il importe même de dépasser largement les limites apparentes de la lésion. Il ne faut pas craindre d'empiéter de 7 millimètres à 10 millimètres sur les tissus paraissant sains. MM. Nicolas et Moutot insistent particulièrement sur ce point de technique. E. Vidal a bien établi dans ces leçons « que les vaisseaux de la périphérie sont intéressés, autour d'eux s'est déjà fait une prolifération de cellules embryonnaires, sur lesquelles il faut agir, sous peine de voir le lupus grandir et s'étendre par la périphérie, malgré des séances répétées de scarifications qui, n'atteignant que l'infiltrat apparent, n'amèneraient que la guérison du centre ».

En résumé, la conduite à tenir au début varie suivant l'étendue et la rapidité d'évolution du mal :

S'agit-il d'un *lupus de petite dimension*, au début : il faut sacrifier d'emblée toute la surface malade, et la dépasser largement à la périphérie.

S'agit-il d'un *lupus étendu* ; la première indication est de limiter le mal, on scarifiera la périphérie on ne s'occupera du centre qu'en second lieu.

S'agit-il d'un *lupus ulcéreux, térébrant, phagedénique*, il importe d'enrayer l'extension rapide-

ment, et les scarifications sont un moyen très efficace pour juguler les progrès de la néoplasie.

En deux ou trois séances au plus, dit Brocq, ce résultat est obtenu. Il est nécessaire de dilacerer en tous sens les parties malades, de les réduire en une sorte de bouillie et d'enfoncer l'instrument jusqu'à ce qu'on atteigne le tissu résistant. C'est la condition *sine qua non* du succès. Ces délabrements, en apparence épouvantables, guérissent avec la plus grande rapidité.

Période de début. — Les scarifications périphériques, puis centrales, sur le lupus infiltré, constituent la période de début du traitement. L'infiltrat persiste pendant deux ou trois séances. Parfois ce n'est qu'après quelques semaines ou quelques mois de traitement que les infiltrats sont complètement réduits.

MM. Nicolas et Moutot insistent sur les trois points suivants :

a) Les scarifications quadrillées doivent toujours dépasser assez largement la limite apparente des lésions.

b) Elle doivent être faites aussi profondément que possible jusqu'à sensation de plan résistant.

c) Enfin, comme l'on ne peut toujours, surtout avec des scarifications profondes, en arriver à la bouillie, conseillée par Brocq et Lenglet, par la multiplication des scarifications en de nombreux plans, il est nécessaire dans des séances successives,

d'adopter une orientation différente des scarifications, sinon le scarificateur a tendance à suivre le trajet des incisions précédentes, il reste alors des nodules réservés, des points non dilacérés.

Période des tubercules isolés. — « Après quelques semaines ou quelques mois de traitement régulier, dit Brocq, le lupus change presque toujours d'aspect. Il devient moins turgide, sa surface se déterge, et s'il ne présentait au regard qu'une masse infiltrée uniforme, il est facile d'y distinguer des petits points jaunâtres transparents, assez semblable à du sucre d'orge, enchâssés dans le tissu normal, ou dans des tractus blanchâtres de tissu cicatriciel. On est arrivé à la période qu'E. Vidal désigne sous le nom de période des tubercules isolés.

Dans certaines formes de faible intensité, le lupus présente cet aspect avant tout traitement. Le mode opératoire devient alors un peu différent. E. Vidal recommande d'inciser, de dilacérer en tous sens chacun de ces tubercules. Brocq recommande d'imprimer au scarificateur introduit dans la loge du tubercule, un mouvement de rotation sur son axe, comme pour l'encercler. Dans les cas rebelles, Brocq termine cette opération en cautérisant la loge avec la pointe fine du crayon au nitrate d'argent. Delattre conseille de cautériser au chlorure de zinc pur. Les compresses imbibées d'une solution au chlorure de zinc au dixième, préconisées par MM. Nicolas et Moutot, conviennent parfaitement.

Dans certains lupus, ces tubercules isolés, pénètrent dans le derme jusqu'à de très grandes profondeurs et l'on est tout étonné de voir l'instrument s'enfoncer jusqu'à 7, 8 millimètres et même plus sans que l'on éprouve la moindre sensation de résistance.

Période de perfectionnement. — Les tubercules vaincus, il faut encore longtemps se méfier des lupomes cachés dans les cicatrices. Enfin, vient la période de perfectionnement, dans laquelle on poursuit les derniers nodules et on améliore la cicatrice.

« On combat quelques points plus rebelles que les autres, dit Brocq, et l'on poursuit jusqu'aux derniers vestiges du mal ». Il est parfois alors nécessaire de mouiller les parties atteintes pour rendre les tubercules évidents. On peut arriver à rendre visibles les plus petites de ces nodosités par l'emploi de l'huile d'aniline et de l'essence de girofle, qui rendent complètement transparentes les surfaces lupiques (I'nnu). Après un nombre d'opérations, qu'il est absolument impossible de préciser, et qui varie suivant l'étendue de la néoplasie, suivant sa forme, suivant sa profondeur, et surtout suivant l'habileté de l'opérateur, on obtient enfin la guérison apparente de la maladie.

Période de surveillance. — Tout n'est pas encore terminé, et le malade entre dans la période dite de surveillance. Cette période est assez longue, pendant laquelle il faut revoir le sujet de temps en

temps, l'examiner avec soin, rechercher le point douteux surtout sur les bords qui doivent blanchir et reprendre une teinte naturelle.

Etendue des scarifications. — L'étendue des scarifications par séance dépend surtout de l'habileté de l'opérateur. Plus on sera exercé, plus on aura de souplesse de main, plus on pourra scarifier de surface en un laps de temps donné et plus on abrégera la durée et le nombre des opérations. Les incisions, courtes, égales, perpendiculaires au tégument seront tracées d'un mouvement décidé, rapide de la main, « à la façon du dessinateur qui fait des hâchures ».

Nombre des scarifications. — Le nombre des séances est très variable. Certains lupus arrivent à la guérison apparente après trois ou quatre séances, d'autres résistent à vingt, trente séances. Deux à quatre séances suffisent généralement pour arrêter l'extension du lupus vorax.

B) HÉMOSTASE

« L'hémostase, disent MM. Nicolas et Moutot, doit être faite avec le plus grand soin, en tendant la peau de la région scarifiée de façon à maintenir écarter les lèvres des incisions. Elle est obtenue aisément par compression, avec des tampons de gaze hydrophile, mais parfois il faut savoir attendre une dizaine de minutes. »

Une hémorragie grave ne peut être à redouter : en principe, on ne divise jamais le derme sur toute sa hauteur ; on ne peut donc léser que de petits vaisseaux. Aussi l'hémorragie, parfois abondante, des premières scarifications, s'arrête-t-elle très rapidement.

C) CAUTÉRISATION AU CHLORURE DE ZINC

Titre de la solution. — L'hémostase terminée on cautérise au chlorure de zinc. Il faut une solution ni trop caustique, ni trop faible. Le chlorure de zinc pur, tel que l'employait Delattre, peut donner des retards. La clinique a appris que la solution obtenue était la solution au dixième. Plus forte, la solution mortifie le derme ; plus faible, elle n'a que fort peu d'action.

Badigeonnages. — Les scarifications étant toujours maintenues écartées, l'on fait des badigeonnages successifs avec la solution, en tamponnant entre chaque badigeonnage. L'on peut même frotter avec le pinceau (gaze ou ouate hydrophile, montée sur une tige de bois) pour favoriser la pénétration du caustique. Un procédé excellent consiste à remplacer les badigeonnages par l'application de compresses imbibées de la solution. Une action caustique suffisante est obtenue quand on voit blanchir le quadrillage des scarifications. Telle est, d'après MM. Nicolas et Moutot, la technique des cautérisations au chlorure de zinc.

D) BADIGEONNAGE A LA TEINTURE D'IODE

L'on tamponne et l'on termine par un badigeonnage à la teinture d'iode. — Nous n'avons rien de particulier à dire sur ce badigeonnage qui prévient efficacement l'infection secondaire et l'auto-infection. Nous tenons cependant à le séparer des cautérisations au chlorure de zinc pour bien montrer qu'il forme un temps spécial dans la technique que nous décrivons.

E) SOINS CONSÉCUTIFS

Voici, d'après MM. Nicolas et Moutot, quels sont les soins à prendre après les scarifications et cautérisations.

« Les soins consécutifs conseillés, sont un badigeonnage matin et soir avec la teinture d'iode étendue de $\frac{3}{4}$ à $\frac{3}{6}$ d'alcool à 80° ».

F) CICATRISATION

« La cicatrisation des scarifications ainsi cautérisées est un peu moins rapide, d'une façon générale, que celle des scarifications simples; elle ne se fait guère avant le cinquième ou le sixième jour, et tarde souvent jusqu'au douzième jour ».

Les séances sont répétées, dès cicatrisations, suivant le même mode opératoire décrit.

Très souvent, l'étude de nombreuses observations nous l'a montré, les séances sont espacées de 8 à 12 jours. Le plus souvent l'intervalle le plus fréquemment rencontré semble être de six jours.

CHAPITRE V

Résultats. — Indications

Une méthode thérapeutique ne vaut que par les résultats obtenus. Quels sont ces résultats, et quelles sont les indications de la méthode? Telle est la question que nous devons résoudre.

A) RÉSULTATS

M. Audry et Thévenin ont étudié l'histologie des scarifications superficielles et leur réparation : « Au bout de vingt-quatre heures, disent-ils, l'épithélium est réuni, à un moment où le derme est loin de l'être; il n'y a de véritable réunion immédiate que pour l'épithélium. Le derme se réunit indirectement, après oblitération de la fente par un bouchon fibreux. Au bout de cinq jours, il reste des traces de la section du derme, et la basale n'est pas restituée. La scarification s'accompagne, dans la profondeur du

derme, de la luxation d'un certain nombre de cellules du corps muqueux qui sont résorbées et emmenées par les lymphatiques ». Il est évident que les choses se passent de même dans les scarifications suivies de cautérisations immédiates; mais il y a un léger retard.

La scarification agit surtout en développant un processus de sclérose; mais ce processus offre cet avantage de ne pas donner lieu à du tissu progressivement rétractile, comme le tissu de cicatrice ordinaire. Le grand mérite de la scarification est de conserver aux tissus toute leur souplesse, leur beauté, même leur coloration.

La cautérisation au chlorure de zinc vient compléter l'action sclérogène de la scarification. Cette action sclérogène du chlorure de zinc est bien connue et l'on sait les applications que Lannelongue en avait faites. Ainsi, la guérison du lupus par le processus cicatriciel se trouve accentuée dans une large mesure.

Les badigeonnages à la teinture d'iode préviennent, on le sait, l'infection secondaire. De plus, l'iode étant un antiseptique puissant, et pénétrant, agit peut-être sur les bacilles. Son action fibrolytique bien connue contribue à maintenir la souplesse des cicatrices.

La méthode des scarifications pures était d'une longueur désespérante. Avec cautérisations immédiates au chlorure de zinc, la durée du traitement nous a paru moins longue que par tout autre méthode.

Nulle glose ne saurait prévaloir contre les faits tels que les suivants rapportés par MM. Nicolas et Moutot :

« Nous ne pouvons, disent-ils, rapporter en détail les cas que nous avons traités ; ils sont déjà nombreux, nous en rappellerons seulement quelques uns. Un vaste lupus du front, chez une infirmière des hôpitaux de Paris, traitée pendant deux ans à Saint-Louis, lupus nodulaire excedens, non scléreux, est amélioré, pâli, aplani, en quatre séances ; en six mois la guérison est obtenue, avec une cicatrice plane, non télangiectasique, fort peu visible. La vitro-pression ne montre pas de nodules. Un lupus nodulaire hyperthrophique généralisé à tout le nez, narines et muqueuse narinaire, rebelle à de nombreux traitements antérieurs, s'améliore rapidement en deux mois et guérit en six mois avec une conservation parfaite de la forme. Un lupus à plaques multiples de la face et des membres guérit en cinq mois. Un certain nombre de lupus tuberculeux superficiels ont guéri en quatre ou cinq séances, soit en deux mois environ. Dans tous ces cas le diagnostic de lupus tuberculeux a été discuté avec soin. Dans les cas douteux, nous avons recherché, bien que d'ailleurs nous ne lui reconnaissons pas une valeur capitale, la réaction de Wassemann. Parfois même, avant de commencer un traitement local, il avait été fait un traitement général par l'arsénobenzol à doses de 0 gr. 45 à 0 gr. 60. Nous avons, en effet, poursuivi l'action de l'arsénobenzol sur les tuberculoses cuta-

nées. Les scarifications n'étaient faites qu'après échec de ce traitement ».

On le voit, la méthode a été appliquée avec une rigueur toute scientifique, et les résultats ne peuvent être discutés. Quelle autre méthode donnera des améliorations et des guérisons avec une rapidité et une fidélité aussi constantes ? Nous n'en connaissons point.

Et ce n'est pas une cicatrice difforme que l'on obtient : le résultat est, à ce point de vue, merveilleux. Le lupus ne laisse pour ainsi dire plus trace de son existence : les téguments sont lisses, souples, sans dépressions, ni saillies chéloïdiennes. Il est souvent impossible de reconnaître, même à un examen fort attentif, quelles étaient les limites de la néoplasie, tant la peau a repris son aspect normal.

MM. Nicolas et Moutot décrivent ainsi l'évolution du lupus vers la guérison, sous l'influence du traitement :

« La cicatrisation des scarifications cautérisées est un peu moins rapide, d'une façon générale, que celle des scarifications simples; elle ne se fait guère avant le cinquième ou le sixième jour, et tarde souvent, jusqu'au dixième ou douzième jour. L'on obtient une nappe blanchâtre, réticulaire, quadrillée de tissu de sclérose, très nette, qui isole et enferme de petits îlots de tissu lupique. Les séances consécutives agissent sur ces îlots, et, peu à peu, on voit toute la surface se transformer en un tissu cicatriciel blanchâtre. Lorsque les scarifications ont été

faites suffisamment profondes, il ne s'agit point d'une guérison superficielle : le tissu lupique n'évolue plus dans la profondeur, au-dessous de la cicatrice, la guérison se maintient. La cicatrice obtenue a toutes les qualités des cicatrices données par les scarifications simples, elle est souple, plane, non vicieuse, non mutilante, mais elle a été obtenue plus rapidement ».

Nous regrettons de n'avoir pu rapporter ici les observations de guérison signalées par MM. Nicolas et Moutot, mais les améliorations rapides dont nous donnons les observations sont, également, bien démonstratives.

Avant d'étudier les indications de la méthode, il nous reste à faire justice d'une accusation que différents auteurs, et non des moindres, ont porté contre les scarifications. Sous l'influence de E. Besnier, les méthodes sanglantes de traitement du lupus ont été délaissées. Ce dermatologiste pensait que les scarifications favorisent les réinoculations locales du lupus, produisent l'auto-infection des opérés et augmentent ainsi le nombre des lupiques qui deviennent phtisiques.

La réinoculation locale n'existe pas en fait.
E. Vidal n'a jamais vu la scarification être suivie de reinoculation locale. Les points en bordure que l'on traite à fond par la scarification en empiétant suffisamment sur les tissus sains, s'améliorent au lieu de s'étendre, ce qu'ils devraient faire constamment si la théorie de la reinoculation était pratiquement exacte. Les questions obtenues infirment également cette

théorie. L'infection générale, semble ne pas exister davantage. La question est complexe, Brocq l'étudie en ces termes :

« Il s'agirait de préciser si les lupiques sont devenues tuberculeux parce qu'ils ont été scarifiés, et dès lors il faudrait savoir s'ils n'étaient pas déjà atteints de tuberculose viscérale avant que l'on ait commencé les scarifications, s'ils ne le deviennent jamais, ou s'ils le deviennent moins souvent, lorsqu'ils n'ont pas été traités par les méthodes sanglantes.

« En ville, nous n'avons vu survenir que fort rarement de la tuberculose viscérale chez les sujets que nous avons scarifiés. Nous avons par contre assez fréquemment observé ce fait à l'hôpital, mais surtout dans le cas de lupus vulgaires, non typiques, et chez des sujets manifestement strumeux et depuis longtemps hospitalisés. En 1884-1885, nous avons ausculté avec le plus grand soin les nombreux malades atteints de lupus que E. Vival soignait à sa policlinique : nous n'en avons trouvé que fort peu qui eussent des signes de tuberculose pulmonaire, et ils n'ont jamais pu affirmer que leurs symptômes thoraciques eussent surtout augmenté, ou se fussent produits à la suite des scarifications qui leur avait été faites. « Il semble bien que dans certains cas, que nous avons vu à l'hôpital, il soit survenu, à la suite des opérations sanglantes, une propagation de proche en proche du bacille, une infection ganglionnaire puis viscérale. Mais on ne tarde pas à se convaincre quand on examine les faits de plus près, que ces propagations ganglionnaires et que ces infections viscé-

rales s'observent tout aussi bien chez des lupiques qui n'ont jamais été traités par des méthodes sanglantes que chez ceux qui l'ont été. Il ne paraît donc pas encore suffisamment prouvé que la scarification soit condamnable dans le *lupus tuberculeux* ».

Dubois Hevenith arrive à la même conclusion. « La propagation du virus par les voies lymphatiques a été souvent observée chez les lupiques, en l'absence de toute intervention locale, écrit-il, il semble que le nombre des sujets infectés ne se soit pas accru depuis l'introduction des méthodes sanglantes dans la thérapeutique du lupus ».

L'expérience de ces dernières années est venue confirmer les opinions de Brocq et Hevenith. Il n'est pas démontré que les scarifications puissent être la cause de tuberculose viscérale.

Faisons remarquer, en outre, que ce danger tout théorique est bien diminué par la méthode de MM. Nicolas et Moutot.

En effet, aussitôt l'hémostase terminé, on applique sur les lèvres *écartées*, de la plaie un caustique puissant : le chlorure de zinc, et un antiseptique énergétique : l'iode.

A l'heure actuelle, tous les faits concordent pour que l'on puisse conclure à l'innocuité de la méthode, et la tuberculose viscérale par scarification avec cautérisation au chlorure de zinc semble un danger chimérique.

Nous résumerons tout ce qui précède par ces paroles de MM. Nicolas et Montot : « Les résultats que nous avons eu ont été excellents, tant en eux-

mêmes que par comparaison avec ceux des diverses méthodes autres : radiothérapie, cautérisation ignée, curettage, neige carbonique etc. Sans méconnaître les avantages que l'on peut tirer de ces procédés pour des cas déterminés, l'expérimentation nous a amenés à reconnaître une supériorité thérapeutique aux scarifications associées au chlorure de zinc au dixième d'autre part, la guérison a toujours été beaucoup plus rapide que par les scarifications simples ou associées seulement à des cautérisations à la teinture d'iode.

B. — INDICATIONS.

Les indications de la méthode se trouvent réalisées au maximum quand il s'agit d'obtenir un résultat esthétique. Elles varient donc un peu suivant le siège de la lésion et le sexe du malade. Pour *tous les lupus de la face et du cou*, lorsqu'ils ne sont pas trop étendus, *c'est la méthode de choix*.

Elle s'impose, à l'exclusion de toutes les autres, quand il s'agit de *lupus des orifices de la face*, chez des personnes jeunes, qui ont besoin par leur profession, ou pour leurs relations mondaines, d'avoir le minimum possible de cicatrices. Ne sait-on pas que les scarifications simples elles-mêmes font merveille dans ce cas. « Nulle autre méthode ne facilite mieux que la scarification, la restauration des régions qui paraissent détruites par le mal, telles que les *lèvres*, les *paupières* et surtout les *ailerons du nez*. Dans ce cas, tant que le squelette cartilagineux n'est pas effondré, on peut, par la scarification arriver à une restitution

ad integrum, alors qu'au premier abord il semblait que les parties molles du nez fussent perdues. A la méthode des scarifications simples, longues et pénibles, on substituera avantageusement dans tous ces cas la méthode des scarifications associées aux cautérisations au chlorure de zinc.

La méthode de MM. Nicolas et Moutot s'impose encore pour le traitement du *lupus vorax*. En deux ou trois séances, les progrès de la néoplasie pénétrante, phagedénique, ulcéreuse, seront jugulés, si l'on a soin d'employer la technique décrite dans le chapitre précédent.

Dans le *lupus à nodules isolés*, les résultats seront excellents et l'on emploiera la technique décrite à propos des scarifications à la période des « tubercules isolés ».

Les *lupus* caractérisés par une infiltration profonde des téguments *scléreux*, presque d'une dureté cartilagineuse, sont beaucoup plus difficiles à traiter. On ne peut se guider sur les différences de consistances des téguments pour savoir à quelle profondeur il faut aller. Si l'on n'agit que superficiellement, la néoplasie se pullule en partant des régions profondes ; si l'on va trop loin, on s'expose à avoir des cicatrices chéloïdiennes.

Les *lupus très étendus* ne sont pas non plus justiciables des seules scarifications qui demanderaient un temps extrêmement long.

Méthodes associées. — Dans ces deux derniers cas, il semble qu'on ait intérêt à employer la méthode

de M. Nicolas et Moutot associée aux autres procédés. Ces auteurs ont d'ailleurs eu recours à cette association en différents cas.

« Parfois, disent-ils, nous avons combiné en une seule séance scarification, cautérisation au chlorure de zinc et radiothérapie : là encore, l'action curatrice nous a paru supérieure à celle de la radiothérapie seule ou avec scarification.

Reprenant l'idée de Veiel, dans les formes où nous croyons à l'indication du curettage, nous avons fait, après lui, des séances immédiates et consécutives de scarification avec cautérisation au chlorure de zinc au dixième. Nous nous en sommes bien trouvés, la cicatrisation a été rapide, sans grand délabrements, avec cicatrice plane de bel aspect ».

Nous avons trouvé plusieurs observations où MM. Nicolas et Montot avaient employé les scarifications associées aux cautérisations au chlorure de zinc, après thermo-cautérisation. Les résultats étaient également excellents, aux points de vue rapidité et esthétique.

Dans le *lupus scléreux*, on est donc autorisé à employer le raclage superficiel et à le faire suivre de scarifications de perfectionnement.

Dans les *lupus très étendus* des membres, on pourra employer la thermo-cautérisation, puis avoir recours aux scarifications pour l'obtention d'une belle cicatrice. Dans le *lupus étendu de la face*, le raclage est indiqué, suivi de scarifications.

CHAPITRE VI

Action sur le lupus erythémateux

A côté du lupus de Willan, on classe une autre dermatose déterminant, elle aussi, des infiltrats à tendance cicatricielle. Elle est connue, depuis Cazenave (1851), sous le nom de lupus érythémateux. — Trois ordres de phénomènes la caractérisent : 1^o les phénomènes vasculo-conjonctifs, représentés principalement par un érythème accompagné d'infiltration plus ou moins nette ; 2^o des phénomènes épithéliaux d'hyperkératose, surajoutés aux précédents qui les débordent toujours (hyperkératose diffuse en surface et hyperkératose ponctuée ou cônes) ; 3^o des phénomènes de régression cicatricielle consécutifs.

Une partie de ces phénomènes peut faire défaut ; l'érythème seul est constant. — La nature de cette affection est très discutée et son traitement est des plus ingrats.

MM. Nicolas et Moutot ont essayé l'effet de leur

méthode sur ces lésions si rebelles. Les résultats ont été bons, mais si l'amélioration suivait une marche très rapide au début, la guérison définitive était assez longue à obtenir. Parfois l'on nota des récides *in situ*.

Quant à la technique, elle est la même que pour le lupus vulgaire. Les incisions dépasseront de quelques millimètres les bords de la néoplasie.

En profondeur, elles s'arrêteront aux limites du mal. D'autre part, elles seront aussi serrées que possible : il faut qu'il y ait à peine un millimètre de distance entre chaque hachure, moins, si c'est possible. Plus on divisera et l'on redivisera les vaisseaux dermiques, plus l'amélioration sera rapide.

Dans les formes purement congestives et aberrantes, les scarifications doivent être superficielles et très rapprochées l'une de l'autre ; il en est de même pour les formes couperosiques, quoiqu'il soit parfois nécessaire, dans celles-ci, d'aller jusqu'à 2 ou 3 millimètres de profondeur.

Dans les formes qui infiltrant plus profondément les tissus et qui se rapprochent des lupus érythémateux fixes, Brocq recommande les incisions profondes, courtes et toujours fort serrées.

Observations

OBSERVATION I

(inedite)

Lupus nodulaire de la face. — Au nez, forme tubéreuse. Aux joues et au cou forme en placards. — Grande amélioration par le traitement.

La malade D. F., 29 ans, entre le 10 juin 1912, pour un lupus siégeant sur l'extrémité du nez, sur toute la face antérieure du cou et sur les régions postérieures, où il envahit le lobule de l'oreille.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une tumeur à l'estomac ; mère vivante, souffrant de douleurs gastriques ; une sœur bien portante ; une sœur morte à 15 ans d'une maladie de langueur avec bronchite.

Antécédents personnels. — Ecouelles dans l'enfance. Réglée à 15 ans, régulièrement.

A l'âge de 12 ou 13 ans, début de l'affection, à la joue droite. La malade fut à ce moment traitée à St-Agnès et en sortit n'ayant qu'un peu de rougeur.

Depuis, la lésion a progressé, elle est arrivée peu à peu à l'état actuel.

Actuellement. — Sur le nez, on note des lésions érythémateuses et pustuleuses, occupant la partie antérieure, les ailes, et remontant à 2 centimètres au-dessus des sourcils.

Les lésions descendent jusqu'à la fourchette sternale ; elles occupent les parties latérales du cou et les joues et s'étendent jusque sur les oreilles.

On remarque des lésions eczématisées sur tout le corps ;

en particulier, à l'aisselle gauche où il y a des ulcérations et des pustules.

Le 18 juin. — L'on pratique une injection de 0 gr. 30 cent. de 606. La température reste à 37°6. On ne note pas de réaction.

Le 22 juin. — Scarification et cautérisation au chlorure de zinc (du nez).

Le 25 juin. — Scarification et cautérisation au chlorure de zinc (du nez).

Le 1^{er} juillet. — Injection de 0 gr. 45 cg. de 606. Le soir on note une amélioration légère, des vomissements. La température reste à 37°5, et le lendemain tout est rentré dans l'ordre.

10 juillet. — On continue les scarifications du nez ; on commence les scarifications des joues.

3 janvier 1913. — La malade est atteinte d'érysipèle. L'affection semble avoir une action favorable sur le lupus.

Le 6 juin. — Scarification et cautérisation au chlorure de zinc.

Le 15 juin. — Scarification et cautérisation au chlorure de zinc.

Le 23 juin. — Scarification et cautérisation au chlorure de zinc.

Le 30 juin. — La malade est très améliorée : les lésions sont moins rouges et très affaissées. Les joues redeviennent souples.

Le 16 juillet. — Scarification et cautérisation au chlorure de zinc.

Le 28 juillet. — Scarification et cautérisation au chlorure de zinc.

Le 6 novembre. — La malade fait des érysipèles à répétition, d'ailleurs atypiques.

Le lupus a subi une grosse amélioration, grâce aux scarifications accompagnées de cautérisation au chlorure de zinc.

OBSERVATION II

(inédite)

Lupus nodulaire du nez. — Grosse amélioration.

M... , Alice, âgée de 32 ans, entre le 6 janvier 1913.

Pas de maladies importantes dans l'enfance ; une fièvre typhoïde à l'âge de dix-huit ans.

L'affection actuelle a débuté en 1910 par un petit bouton qui a augmenté progressivement.

Actuellement la lésion occupe le lobule du nez, et un peu les faces latérales des ailes.

On observe en même temps une cicatrice et une légère perte de substance au niveau du lobule.

Pas de ganglions sous-maxillaires.

Le 7 janvier. — Scarification et cautérisation au chlorure de zinc, puis badigeonnage à la teinture d'iode.

Le 15 janvier. — La malade nous montre une plaque de pelade sur le côté droit de la nuque, ayant débuté il y a dix ans, après sa fièvre typhoïde ; ayant peu progressé depuis.

Le 18 janvier. — Nouvelle séance de scarifications suivies de badigeonnages au chlorure de zinc et à la teinture d'iode. — La plaque lupique est très améliorée ; on ne voit plus que les nodules très superficiels ; très peu de chose à la vitropression.

Le 28 mai. — La malade fait une poussée très intense d'eczéma sur toute la tête, la face, la partie supérieure du thorax et les avant-bras.

Le 28 juin. — L'eczéma va mieux, mais n'est pas complètement terminé.

Le 30 juin. — La malade passe dans le service du Dr La-

royenne pour autoplastie du nez, où la malade a gardé deux petits orifices fistuleux, parallèlement situés à l'extrémité du nez et formant racines surnuméraires.

Le 26 juillet. — Le Dr Laroyenne reprend la malade, car l'autoplastie n'avait pris que d'un seul côté.

OSERVATION III

(inéдите)

*Lupus érythemato-nodulaire du front et de la face. —
Grosse amélioration.*

La malade R. M., âgée de 59 ans, est entrée le 15 janvier 1913.

Variolo à 26 ans. Iridectomie le 19 octobre (salle Ste-Claire) pour taches de la cornée, séquelle probable de la variolo.

Il y a sept mois, apparut une éruption caractérisée par des plaques de la largeur d'une pièce de cinquante centimes ; plus ou moins rouges, qui ont augmenté progressivement en surface.

Pas de ganglions sous-maxillaires.

Ganglions dans l'aisselle droite.

Les lésions siègent au front. Au-dessus du sourcil gauche on voit une plaque large comme une pièce de cinq francs, à forme papuleuse, à bords légèrement surélevés rouge sombre. A la joue gauche, on trouve une plaque plus grande que la précédente, les bords ayant à peu près le même caractère, mais le centre est blanchâtre, d'apparence cicatricielle.

Au bras gauche, les lésions apparaissent au niveau de la région deltoïdienne inférieure et au niveau de la face externe de l'avant-bras. Elles sont constituées par des placards de forme papuleuse, à bords légèrement polycycliques, de couleur grisâtre, avec intervalles de peau saine.

La même apparence existe au niveau de la face externe du bras gauche,

Mêmes lésions au niveau des deux genoux.

A la vitro-pression on constate des nodules lupiques, suçre d'orge, assez caractéristiques.

L'état général est bon.

On porte le diagnostic du lupus érythémato-nodulaire du front et de la face, et de lupus nodulaire des bras et des genoux.

Le 20 janvier. — Scarification des deux plaques : au front et à la joue. Badigeonnages au chlorure de zinc et à la teinture d'iode.

Le 21 janvier. — Scarification des autres localisations.

Le 4 mars. — Erysipèle. L'affection a un effet salutaire sur le lupus.

Le 14 juin. — La malade présente un épithélioma de la joue droite. Extirpation. Petits placards de kératose sur le nez et la joue. On fait des applications de vaseline salicylée et de liqueur d'Hoffmann.

OBSERVATION IV

Lupus nodulaire, ulcère du menton. — Traitement par curettage, puis thermo-cautérisation et méthode de scarification associées à cautérisation. Grosse amélioration.

B. C., 44 ans, entre à l'hôpital le 21 mai 1913. La maladie a débuté, il y a trois ans, par une adénite cervicale suppurée, qui, après guérison par incision et grattage, a récidivé il y a un an et demi. Puis, il s'est développé, autour de la fistule, des lésions érythémateuses indurées.

Actuellement, le malade présente un lupus ulcéreux, croûteux, gros comme deux mandarines, occupant la partie inférieure droite du menton. Une autre plaque, grosse comme une pièce de 5 francs, occupe la partie inférieure gauche du menton.

Le 23 mai, on pratique sous anesthésie le curettage des lésions, puis on applique une série de pointes de feu.

Le 4 juin, séance de scarifications avec cautérisations au chlorure de zinc.

Le 14 juin, séance de scarifications profondes, suivies de cautérisations au chlorure de zinc.

Le 28 juin, séance de scarifications profondes avec cautérisations au chlorure de zinc.

Le 15 juillet, séance de scarifications, avec cautérisations au chlorure de zinc.

Le 26 juillet, séance de scarifications, avec cautérisations au chlorure de zinc.

Le 8 août, séance de scarifications, avec cautérisations au chlorure de zinc.

Le 20 août, séance de scarifications, avec cautérisations au chlorure de zinc.

L'on note chez la malade une grande amélioration.

OBSERVATION V

Lupus érythémateux, associé à du lupus nodulaire. — Amélioration par les scarifications.

A. E., âgée de 18 ans, entre le 11 novembre 1912, pour des lésions de la face. Ces lésions siègent à l'angle interne de l'œil gauche, au niveau du pavillon de l'oreille gauche et du lobule de l'oreille droite. Le début s'est fait au niveau de la joue, au mois de juin 1912.

Sensation râpeuse au toucher.

Pas d'adénopathie.

A la vitro-pression, au niveau de l'oreille gauche, on trouve des nodules.

Le 20 juin 1913, on fait à la malade, revenue dans le

service, une séance de scarifications avec cautérisation au chlorure de zinc.

Le 28 juin 1913, injection de 606 à 0 gr. 30 c. Pas de réaction.

Le 30 juin 1913, séance de scarifications avec cautérisation au chlorure de zinc

Le 6 novembre, on continue sans relâche les scarifications. Il y a une amélioration notable.

CONCLUSIONS

I. — Le traitement du lupus par les *scarifications avec cautérisations immédiates au chlorure de zinc au dixième et à la teinture d'iode*, constitue une méthode originale.

II. — Cette méthode, pour donner tous ses résultats, doit être appliquée en suivant la technique bien précisée par MM. Nicolas et Moutot.

Les points essentiels de cette technique ont trait :

1) Au *mode opératoire des scarifications*;

2) A l'*hémostase*, soigneusement faite;

3) Aux *badigeonnages*, ou mieux à l'application de *compresses* imbibées avec la solution de *chlorure de zinc au dixième* puis, aux *badigeonnages à la teinture d'iode*.

4) Aux *soins consécutifs*.

III. — Cette méthode nous a semblé supérieure, dans nombre de cas, à toutes les autres (scarifica-

tions simples, radiothérapie, cautérisation ignée, finsentherapie, neige carbonique, etc.). D'une façon générale, *c'est elle qui donne les meilleurs résultats.*

IV. — *Simple et facile*, ne nécessitant pas de matériel spécial, la méthode est à la portée de tout praticien.

V. — L'indication de choix est le *lupus tuberculeux*.

Dans le *lupus érythémateux*, les résultats sont bons; mais la guérison (souvent suivie de récurrence) est plus longue à obtenir.

Le Président de la Thèse,

D^r NICOLAS.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 20 novembre 1913.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ
POUR LE RECTEUR ET PAR DÉLÉGATION :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

L. JOSSERAND

BIBLIOGRAPHIE

- AUDRY. — Traitement du lupus, où traitement des maladies cutanées et vénériennes. Bibl. Gilbert et Carnot, 1909.
- L. BAZIN. — Un dictionnaire de Déchambre, 1870.
- BROCQ. — Traitement des dermatoses par la petite chirurgie et les agents physiques, 1898.
- BROCQ. — Traité élémentaire de dermatologie, 1907.
- BALMANO-SQUIRE. — Traitement du lupus de la peau, par l'érosion et l'acupuncture. *Brit. méd. journal*, août 1875.
- BESNIER. — Le lupus et son traitement. *Annales de dermatologie*, 1880.
- BROUSSE. — Traitement du lupus tuberculeux, *Montpellier médical*, 1904.
- CASENAVE. — Article lupus. In dictionnaire médical, 1838. Leçons sur les maladies de peau.
- CHABROL. — Traitement du lupus par injection de calomel. Thèse Montpellier, 1899.
- BLAYAC. — Traitement du lupus par l'extirpation, Montpellier, 1902.
- DEGRAIS. — Traitement du lupus par la méthode de Finsen. Thèse, Paris, 1901.
- DELATTRE. — Traitement des nodules isolés du lupus, par la dilacération suivie d'attouchements au chlorure de zinc. Thèse, Paris, 1900.

- DERVILLE. — Id. *Journal des Sciences médicales*, 18 janvier 1896.
- DUFOIS-HOVENITH. — Du lupus vulgaire, 1890.
- DUPUY. — Traitement du lupus par le permanganate de potasse. Thèse, Paris, 1901.
- EYNARD. — Traitement du lupus. Thèse, Paris, 1898.
- DANLOS. — Traitement du lupus. *Annales de dermatologie*, 1902.
- DARBOIS. + Traitement du lupus vulgaire suivant les indications. Thèse, Paris, 1901.
- FANRE. — Le lupus tuberculeux. Thèse, Paris, 1899.
- FORCHAMMER. — Traitement du lupus vulgaire. *Revue de la tuberculose*, 1905.
- GAUCHER. — Traité des maladies de peau.
- HALLOPEAU et LEREDDE. — Précis de dermatologie.
- JACQUET. — Traitement opératoire du lupus. Thèse, Paris, 1905.
- HANRIOT. — Traitement physico-thérapeutique du lupus. Thèse, Nancy, 1907.
- LANNELONGUE. — Traitement de la tuberculose chirurgicale (*Bulletin de l'Académie de médecine*. 7 juillet 1891).
- LEGRAND. — Traitement du lupus par les scarifications. Thèse. Paris, 1896-97.
- H. LELOIR. — Traité pratique, théorique et thérapeutique de la scrofulo-tuberculose de la peau et des muqueuses adjacentes, 1891.
- LELONGT. — Traitement du lupus par les scarifications. Thèse, Paris, 1877.
- LESSER. — Les nouveaux procédés de traitement du lupus, Berlin, 1905.
- LOIN. — Traitement du lupus par les scarifications. Thèse, Paris, 1901.
- MARTINET. — Quelques cas de lupus traités par les caustiques chimiques (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1898).

NICOLAS ET MOUTOT. — Traitement du lupus par les scarifications immédiates avec cautérisations au chlorure de zinc. *Bulletin de la Société française de dermatologie et syphiligraphie*, juillet 1913.

RICHEZ. — Traitement du lupus par la radiothérapie. Lille, 1905.

THERON. — Traitement du lupus. Thèse Paris, 1903.

E. VIDAL. — Traitement du lupus. Paris, 1883. Traitement du lupus par les scarifications linéaires. *Bulletin Académie médecine*, 1879.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	7
CHAPITRE I. — Principes directeurs thérapeutiques....	11
II. — Des traitements du lupus.....	17
III. — Historique.....	23
IV. — Technique.....	27
V. — Résultats. Indications.....	39
VI. — Action sur le lupus érythémateux.....	49
OBSERVATIONS.....	51
CONCLUSIONS.....	59
BIBLIOGRAPHIE	61

